



VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil

Ministerio de Salud



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-160987-002-7) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 45 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	3215-452/2013
	Solicitud No.	209/2013
	Fecha	15-11-2013

Unidad solicitante: Sala de Operaciones	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cinzel Cottle curvo 6 mms, código Aesculap: OL305R, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: dos años	C/U	01	96.05	96.05
02	Cinzel Cottle recto 6 mms, código Aesculap: OL296R, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: dos años	C/U	01	91.67	91.67
03	Raspa fina de Tungsteno código Aesculap: OL429R, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: dos años	C/U	01	465.75	465.75
	Instrumental quirúrgico para el uso de Otorrino de este Hospital				

Total en letras: **SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES 47/100 DOLARES** **\$653.47**

Espefic										Linea de Trabajo 02-02 Fondo General
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Valor US \$	653.47									
-------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.

Gestionó (UACI) 	Autorizó (Dirección Gral.)  	Registro (UFI)  	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)  22.11.13 
---	---	---	---

Handwritten notes and signatures at the bottom left of the page.



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 45 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	3215-452/2013
	Solicitud No.	209/2013
	Fecha	15-11-2013

Unidad solicitante: Sala de Operaciones	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cinzel Cottle curvo 6 mms, código Aesculap: OL305R, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: dos años	C/U	01	96.05	96.05
02	Cinzel Cottle recto 6 mms, código Aesculap: OL296R, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: dos años	C/U	01	91.67	91.67
03	Raspa fina de Tungsteno código Aesculap: OL429R, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: dos años	C/U	01	465.75	465.75
	Instrumental quirúrgico para el uso de Otorrino de este Hospital				

Total en letras: **SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES 47/100 DOLARES** **\$653.47**

Especif.							Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	653.47						

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, **DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.** En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.

Gestionó (UACI)	Autorizó (Dirección Gral.)	Registro (UFI)	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---